

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

FREDERICO SHIMOYA BELÉM

**IMPLANTAÇÃO DE ROTINAS PARA ACOMPANHAMENTO DA
POPULAÇÃO DIABÉTICA: EXPERIÊNCIA DO PSF GRUPO
INTEGRAÇÃO NO MUNICÍPIO DE SÃO TIAGO – MINAS GERAIS**

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS
2015

FREDERICO SHIMOYA BELÉM

**IMPLANTAÇÃO DE ROTINAS PARA ACOMPANHAMENTO DA
POPULAÇÃO DIABÉTICA: EXPERIÊNCIA DO PSF GRUPO
INTEGRAÇÃO NO MUNICÍPIO DE SÃO TIAGO – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof.^a ZILDA CRISTINA DOS SANTOS

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS
2015

FREDERICO SHIMOYA BELÉM

**IMPLANTAÇÃO DE ROTINAS PARA ACOMPANHAMENTO DA
POPULAÇÃO DIABÉTICA: EXPERIÊNCIA DO PSF GRUPO
INTEGRAÇÃO NO MUNICÍPIO DE SÃO TIAGO – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Nome - Instituição

Examinador 2 – Profa. Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Uberaba, em 10 de Janeiro de 2015

.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que se comprometem verdadeiramente com a atenção primária e a população de São Tiago, sobretudo aos usuários da UBS Grupo Integração pela hospitalidade e carinho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus.

À minha família que, mesmo distante, me incentiva e apoia minhas decisões.

À equipe de saúde da família da UBS Grupo Integração, ao Secretário Municipal de Saúde Geraldo Tadeu de Oliveira e demais profissionais da saúde.

Aos tutores do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

À minha orientadora pelo auxílio e disponibilidade.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

“O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquentando e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.”

(Guimarães Rosa)

RESUMO

O Brasil passa por um processo de transição demográfica com o aumento da expectativa de vida, e consequente envelhecimento da população e aumento de doenças crônicas não transmissíveis. Este trabalho apresenta um projeto de intervenção para acompanhamento da população diabética da Unidade Básica de Saúde (UBS) Grupo Integração, em São Tiago-MG, e tem como objetivo levantar todos os usuários diabéticos, estratificar o risco cardiovascular destes pacientes e propor planos terapêuticos individualizados. Os resultados parciais já evidenciam fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento medicamentoso ou terapêutico, fortemente ligado ao desconhecimento por parte da população a despeito dos fatores de risco, fisiopatologia, complicações e tratamento. Dessa forma espera-se atuar, não somente na prevenção secundária, mas principalmente na primária, interferindo de forma positiva na qualidade de vida de toda a comunidade.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

:

ABSTRACT

Brazil is going through a demographic transition with increasing of life expectancy and aging population with increase in chronic diseases. This paper presents an intervention project in monitoring the diabetic population of the Basic Health Unit (BHU) Integration Group in São Tiago-MG, and aims to identify all diabetic people, stratify the cardiovascular risk of these patients and offer individualized treatment plans. Partial results have indicated some factors that contribute to non-adherence to drug or therapeutic treatment, strongly linked to ignorance on the part of the population regardless of risk factors, pathophysiology, complications and treatment. We expected to act not only in secondary prevention, but mainly in the primary, affecting the quality of life of the whole community.

Keywords: Diabetes Mellitus. Primary Health Care. Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
AU	Ácido úrico
CA	Circunferência abdominal
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais
CISRU	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência
CISVER	Consórcio Intermunicipal de Saúde das Vertentes
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
Cr	Creatinina
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
EAS	Urina tipo 01
ESF	Equipe de Saúde da Família
FJP	Fundação João Pinheiro
GC	Glicemia capilar
GJ	Glicemia de jejum
GPP	Glicemia pós prandial
HbA1c	Hemoglobina glicada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INPI	Instituto Nacional da Propriedade Intelectual
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão arterial
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	Scientific Eletronic Libray Online
SESMG	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estratificação de risco para Diabetes Mellitus	27
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População Total, por Gênero, Rural/Urbana e Taxa de Urbanização, São Tiago, MG	13
Tabela 2 - Indicadores de Habitação, São Tiago, MG em 2010	14
Tabela 3 – Distribuição da população por faixa etária no município de São Tiago, MG	15
Tabela 4 – Distribuição da população por área de moradia no município de São Tiago, MG	15
Tabela 5 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes em São Tiago, MG	16
Tabela 6 - Renda, Pobreza e Desigualdade, São Tiago, MG	16
Tabela 7 - Longevidade, Mortalidade e Fecundidade em São Tiago, MG	17
Tabela 8 – Distribuição da população adscrita a ESF Grupo Integração por agente comunitário de saúde	18
Tabela 9 – Estratificação de risco de indivíduos com relação ao Diabetes Mellitus para a organização da rede de atenção	28
Tabela 10 – Números de diabéticos por microárea	34
Tabela 11 – Cronograma das atividades desenvolvidas	35

SUMÁRIO

1 Introdução	12
2 Justificativa	22
3 Objetivos	24
3.1 <i>Objetivo geral</i>	24
3.2 <i>Objetivos específicos</i>	24
4 Metodologia	25
5 Revisão bibliográfica.....	30
6 Proposta de intervenção	32
7 Considerações finais	37

1 INTRODUÇÃO

O Brasil passa por um processo de transição demográfica com o aumento da expectativa de vida e consequente envelhecimento da população. Vê-se um aumento de doenças crônicas não transmissíveis, como Diabetes Mellitus, doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias crônicas. Tais mudanças merecem destaque principalmente no universo da atenção primária, onde as unidades básicas de saúde (UBS) de nosso país devem estar preparadas e capacitadas para enfrentar as demandas da comunidade. Ações populacionais de promoção de saúde em UBS têm, comprovadamente, a capacidade de reduzir a incidência dessas doenças crônicas não transmissíveis, ou seja, no cenário de saúde coletiva torna a medida mais eficaz que combatê-las quando já instaladas (SCHMIDT; DUNCAN, 2011).

Citando especificamente o Diabetes Mellitus (DM) no Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011 (BRASIL, 2013). Dados brasileiros de 2010 mostram que as taxas de mortalidade por DM (por 100 mil habitantes) apresentam acentuado aumento com o progredir da idade, variando de 0,50 para a faixa etária de 0 a 29 anos a 213,4 para a de 60 anos ou mais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

A estratégia de prevenção do DM do tipo II tem a vantagem de envolver estratégias que previnem os quatro grupos de doenças crônicas não transmissíveis, uma vez que todas elas possuem fatores de risco em comum, como tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e consumo excessivo de álcool. (BRASIL, 2014). Sabendo-se desses múltiplos fatores de risco, observamos uma demanda grande de equipe multidisciplinar na atuação de estratégia de saúde da família na prevenção de novos casos e no tratamento adequado daqueles já instalados, foco deste trabalho.

1.1 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de São Tiago está localizado na região Campos das Vertentes, distante 187 km da Capital Belo Horizonte, com uma altitude de aproximadamente

1.100 metros. Os municípios limítrofes são: Resende Costa, Ritópolis, Passa Tempo, Conceição da Barra de Minas, Nazareno, Bom Sucesso e Oliveira.

O município de São Tiago é formado por uma unidade político-administrativa, subdividido em 01 distrito, 01 vila e 15 povoados, com suas respectivas áreas, totalizando 572,400 km². A densidade demográfica é de 18,45 habitantes por km². Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) existem 10.561 habitantes. A atual gestão política é composta por:

Prefeito: IRIMAR JOSÉ MENDES

Secretário Municipal de Saúde: GERALDO TADEU DE OLIVEIRA

Coordenador da Atenção Básica: ROSIANE MARCELA SILVÉRIO

Coordenador da Atenção à Saúde Bucal: JACINTA MARIA DE ALMEIDA

1.2 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 2010 é 0,662. A taxa de urbanização, deste mesmo ano, é descrita na tabela 1:

Tabela 1 - População Total, por Gênero, Rural/Urbana e Taxa de Urbanização, São Tiago, MG

População	População (2010)	% do Total (2010)
População total	10.561	100,00
População residente masculina	5.300	50,18
População residente feminina	5.261	49,82
População urbana	8.471	80,21
População rural	2.090	19,79
Taxa de Urbanização	-	80,21

Fonte: Pnud, Ipea e FJP. ATLAS BRASIL 2013.

A renda per capita média de São Tiago cresceu 138,30% nas últimas duas décadas, passando de R\$204,23 em 1991 para R\$320,70 em 2000 e R\$486,69 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 57,03% no primeiro período e 51,76% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$70,00, em reais de agosto de 2010) passou

de 26,99% em 1991 para 8,03% em 2000 e para 1,14% em 2010. A desigualdade diminuiu: o Índice de Gini que passou de 0,55 em 1991 para 0,50 em 2000 e para 0,44 em 2010.

Em relação ao saneamento básico existente no município, encontramos os seguintes indicadores do ano de 2010 na tabela 2:

Tabela 2 - Indicadores de Habitação, São Tiago, MG em 2010

% da população em domicílios com água encanada	94,40
% da população em domicílios com energia elétrica	99,71
% da população em domicílios com coleta de lixo *Somente para população urbana	99,37

Fonte: Pnud, Ipea e FJP. ATLAS BRASIL 2013.

As principais atividades econômicas do município têm como base a economia tradicional agropecuária e a indústria extrativa de minerais. Nas últimas décadas a indústria de produção de biscoitos se consolidou e assumiu destaque na economia local, o que acabou conferindo a São Tiago o título de “terra do café-com-biscoito”. Assim, desde 1999 ocorre a Festa do Café com Biscoito, tradicional celebração que reúne cada vez mais visitantes atraídos pelos mais variados sabores de biscoitos produzidos pelas 45 fábricas de pequeno e médio porte espalhadas pela cidade, e que podem ser degustados ao longo das festividades. Juntas, as “padarias” produzem cerca de 150 toneladas de biscoitos por semana. Desde Novembro de 2012, o município que também está no circuito turístico da Estrada Real, recebeu o selo de procedência do Instituto Nacional da Propriedade Intelectual (INPI) pela produção artesanal de biscoitos. O certificado atesta a origem e evita que fabricantes de outras regiões explorem o nome de São Tiago indevidamente.

O último levantamento de indicadores de saúde do trabalhador feito pela Secretaria de Saúde em 2013 mostra que existem 3.429 famílias cadastradas no município, em um universo de 10.688 pessoas cadastradas nas quatro Equipes de Saúde da Família (ESF). Ao todo são 5.649 pessoas em idade ativa. O município de São Tiago possui três unidades básicas de saúde que funcionam regularmente, em horário integral (7:00 às 16:00h) com equipes de saúde bem definidas e de acordo com os preceitos da estratégia saúde da família: uma no centro da cidade, de maiores dimensões, que comporta duas equipes de saúde; uma no bairro Cruzeiro,

responsável pela população residente no bairro e pelo distrito rural adscrito a ela (São Pedro das Carapuças); e uma em Mercês da Água Limpa, outro distrito rural. As cinco principais ocupações no território do município, por ordem decrescente de número de trabalhadores cadastrados, são: lavrador, trabalhador rural, balconista, pedreiro e doméstica. Quando se compara as principais atividades domésticas exercidas em cada área de abrangência das ESF, percebe-se uma variedade maior devido à localização de cada uma. Na área da ESF Grupo Integração, região urbana periférica, tem manicure e costura como principais atividades exercidas nos domicílios.

1.3 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Segundo o IBGE a estimativa da população residente no município de São Tiago, MG para o ano de 2013 são 10.955 habitantes. Ao todo são 613 famílias residentes em domicílios particulares na zona rural e 2.409 famílias residentes na área urbana. A distribuição dessa população por faixa etária é apresentada na tabela 3 e por área de moradia é apresentada na tabela 4:

Tabela 3 – Distribuição da população por faixa etária no município de São Tiago, MG

Total da População	<1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-39 anos	40-59 anos	>60 anos
Homens	67	269	374	456	440	1.643	1.348	703
Mulheres	46	252	400	430	454	1.571	1.297	811
Total	113	521	774	886	894	3.214	2.645	1.513

Fonte: DATASUS, 2013.

Tabela 4 – Distribuição da população por área de moradia no município de São Tiago, MG

Total da População	Área rural	Área urbana
Homens	1.109	4.191
Mulheres	981	4.280
Total	2.090	8.471

Fonte: DATASUS, 2013.

Indicadores:

Entre 2000 e 2010, a população de São Tiago, MG teve uma taxa média de crescimento anual de 0,30%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 0,68%. No Estado de Minas Gerais, estas taxas foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,01% entre 1991 e 2000. No país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 26,66%.

A densidade demográfica é de 18,35 habitantes por km² e a taxa de escolarização pode ser vista na tabela 5.

Tabela 5 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes em São Tiago, MG

IDHM e componentes	2010
IDHM Educação	0,533
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	34,52
% de 5 a 6 anos na escola	84,80
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental ou com fundamental completo	90,79
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	58,41
% de 18 a 20 anos com médio completo	31,29

Fonte: Pnud, Ipea e FJP. ATLAS BRASIL 2013.

A proporção de moradores abaixo da linha de pobreza pode ser visualizada na tabela 6.

Tabela 6 - Renda, Pobreza e Desigualdade, São Tiago, MG

	1991	2000	2010
Renda per capita	204,23	320,70	486,69
% de extremamente pobres	26,99	8,03	1,14
% de pobres	60,34	32,39	10,99
Índice de Gini	0,55	0,50	0,44

Fonte: Pnud, Ipea e FJP. ATLAS BRASIL 2013.

A proporção de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do município. A taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade é 8,2%; da população de 15 a 24 anos é 1,3%; população de 24 a 59 anos é 5,8% e da população de 60 anos ou mais é 23,7%.

Em relação à mortalidade, no período do ano de 2003 ao ano de 2012 ocorreram 725 óbitos, sendo as três principais causas de óbitos no município em ordem decrescente: Doenças do Aparelho Circulatório, 237 óbitos (32,68%); Neoplasias (tumores/câncer), 102 óbitos (14,06%) e Doenças do Aparelho Respiratório, 94 óbitos (12,96%). A esperança de vida ao nascer, mortalidade e taxa de fecundidade estão na tabela 7.

Tabela 7 - Longevidade, Mortalidade e Fecundidade em São Tiago, MG

Ano	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (em anos)	65,9	68,9	74,5
Mortalidade até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos)	35,5	32,1	16,1
Mortalidade até 5 anos de idade (por mil nascidos vivos)	46,5	35,1	18,8
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	2,7	2,5	2,0

Fonte: Pnud, Ipea e FJP. ATLAS BRASIL 2013.

1.4 SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é visto como uma nova forma de democracia participativa, em que o Poder Público, ao invés de decidir unilateralmente, conta com a participação de indivíduos para debates de interesses comuns, as quais deverão ser resolvidas mediante acordos. O CMS de São Tiago, MG foi empossado no dia 28 de agosto de 2013, após eleição na VI Conferência Municipal de Saúde de São Tiago, MG. As reuniões ordinárias acontecem na penúltima quarta-feira de cada mês, na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde, situada à Rua São José, 461 A - Sala 09 - Centro, às 14:00h.

O Fundo Municipal de Saúde de São Tiago foi criado pela Lei Municipal Nº 1.120 de 08 de julho de 1992 (gestão 1989-1992 do prefeito Francisco Aristeu Pereira), praticamente dois anos após a criação do SUS, através da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Hoje, a Secretaria Municipal de Saúde conta com um orçamento anual de mais de R\$4.500.000,00 (quatro milhões e quinhentos mil Reais), incluindo convênios, somente em recursos destinados à saúde (dados do ano de 2012).

São Tiago possui 3 Unidades Básicas de Saúde com 4 equipes de saúde da família, uma equipe de saúde bucal e um Centro Odontológico Municipal, com

atendimento de 4 médicos, 4 enfermeiros de saúde da família e 19 agentes comunitários de saúde.

Trabalho como médico na ESF Grupo Integração Cruzeiro, juntamente com uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um recepcionista, uma faxineira e cinco agentes comunitários de saúde (ACS). Cada ACS é responsável por um número de pessoas, conforme apresentado na tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição da população adscrita a ESF Grupo Integração por agente comunitário de saúde

Agente comunitário de saúde	Famílias	Pessoas
1	201	674
2	203	633
3 (área rural)	132	383
4	213	613
5	199	622

Fonte: SIAB 2014

Além disso, a rede de saúde de São Tiago conta com:

- Farmácia de Minas/ Unidade São Tiago;
- Sede do SAMU 192 – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência (CISRU) Centro Sul;
- Hospital São Vicente de Paulo, que possui 44 leitos, 32 Autorizações de Internações Hospitalar mensais, centro cirúrgico disponível e um Laboratório de Análises Clínicas. O serviço de pronto-atendimento médico funciona 24 horas por dia, sete dias por semana;
- Programa Bem Viver – Atenção à Saúde Mental, em parceria com o Consórcio Intermunicipal de Saúde das Vertentes (CISVER), que realiza atendimentos na área da Psicologia, Neurologia, Terapia Ocupacional e Psiquiatria, com sede específica no município.
- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), que também dispõe de um setor clínico, com atendimento a comunidade em geral, nas áreas de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional.
- Rede suplementar particular de saúde.
- O município está aguardando autorização para implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) 2, esperando somente publicação em meio oficial do Estado.

1.5 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A cidade conta com três Unidades Básicas de Saúde: UBS Saúde Preventiva (CNES 2123770); UBS Grupo Integração (CNES 2123754); UBS Cidadão Saudável (CNES 2123762); com quatro Equipes de Saúde da Família, sendo ESF Cidadão Saudável, ESF Grupo Integração Cruzeiro, ESF Saúde Preventiva Centro e ESF Saúde Preventiva Cerrado, uma unidade do Centro Odontológico de São Tiago e uma Unidade Odontológica do distrito de Mercês de Água Limpa.

RECURSOS HUMANOS

- UBS Cidadão Saudável: funciona em Mercês de Água Limpa desde fevereiro de 1999, conforme regras e diretrizes do Ministério da Saúde. Esta equipe conta com um médico de saúde da família, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, dois motoristas e um auxiliar de serviços gerais. Está localizada na Rua Juscelino Kubitscheck, 360, distrito de Mercês de Água Limpa.
- UBS Grupo Integração: em funcionamento no município desde março de 2002. Esta equipe conta com um médico de saúde da família, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, seis agentes comunitários de saúde e um auxiliar de serviços gerais. Está localizada na Rua Viegas, 450, bairro Cruzeiro.
- UBS Saúde Preventiva: primeira UBS a entrar em funcionamento no município em fevereiro de 1999, conforme regras e diretrizes do Ministério da Saúde integram o Programa de Saúde da Família. Hoje conta com 2 ESF, a Cerrado (com um médico de saúde da família, dois enfermeiros, seis técnicas em enfermagem, sete agentes comunitários de saúde e um auxiliar de serviços gerais) e a Centro (também com um médico de saúde da família, dois enfermeiros, seis técnicas em enfermagem, sete agentes comunitários de saúde e um auxiliar de serviços gerais). Está localizada na Avenida Governador Magalhães Pinto, 164, Cerrado.

O total de profissionais na área de saúde municipal é 86 servidores, sem contar os funcionários do Hospital, que é de administração privada apesar de prestar serviços ao SUS. A maioria dos servidores públicos é concursada, sendo poucos contratados de forma temporária, a exceção dos 4 médicos. Destes, 3 fazem parte do PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica, lançado em 2011 para estimular e valorizar o profissional de saúde que atua em

equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família e levá-los para localidades com maior carência para este serviço. O outro médico está vinculado ao Programa “Mais Médicos”, lançado pelo Governo Federal em julho de 2013 com o intuito de diminuir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do país. Na prática, apesar do reconhecimento da população local quanto às melhorias nos atendimentos médico e da ESF, foi devida à capacitação profissional desenvolvida pelos programas federais, é nítido o descontentamento com a frequente mudança dos profissionais médicos. Desde o primeiro dia de trabalho foram feitos comentários explícitos reivindicando a permanência do profissional para permitir a criação de um vínculo com os usuários, elo desfeito a cada 12 meses de experiência.

RECURSOS MATERIAIS

O PSF Grupo Integração situa-se no Bairro Cruzeiro, localizado numa construção com infraestrutura adequada para o funcionamento da UBS. Possui uma fachada bem conservada, o que causa uma boa impressão aos usuários e cidadãos que passam pela região. Existe uma ampla área externa, que funciona como estacionamento protegido por um pé de manga. Há 5 consultórios (sendo 2 médicos, 1 enfermagem e 2 dentistas), um salão de recepção (com TV de 50 polegadas, 15 cadeiras e um balcão da secretaria), uma sala de vacina, uma sala de curativo e pequenos procedimentos, uma sala de reunião, uma cozinha e 4 banheiros. Além disso, possui rede wireless de internet para os funcionários. Na UBS existem alguns medicamentos necessários para controles de urgência como crise hipertensiva e angina, no entanto não possui medicamentos para crise asmática, mesmo já tendo sido requisitado pelo profissional da área médica.

RECURSOS DA COMUNIDADE

A comunidade tem todos os recursos necessários para o atendimento básico das necessidades populacionais. Na área da saúde há um hospital de baixa complexidade que atende às necessidades de urgência e emergência e possui 44 leitos com capacidade para atendimento de cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, clínica médica e pediatria. Atualmente a comunidade vem encontrando grande dificuldade para contratar profissionais médicos para trabalharem no estabelecimento. Grande parte devido à falta de estrutura e pessoal de apoio. Além

do hospital, o município tem 4 ESF, uma Farmácia de Minas, Sede do SAMU 192 – CISRU Centro Sul, Programa Bem Viver, APAE e um Laboratório de Análises Clínicas. A cidade possui uma agência dos CORREIOS, uma Lotérica da Caixa Econômica Federal, bancos (Sicoob, Bradesco e Brasil), farmácias (7 unidades particulares), serviços de telefonia celular (VIVO, Oi e TIM), internet banda larga, água tratada pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA) e energia elétrica fornecida pela Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG).

Ao longo das atividades do módulo Planejamento e Avaliação em Saúde (CAMPOS, FARIA; SANTOS, 2010) foram identificados vários problemas enfrentados no dia-a-dia da UBS Grupo Integração. A partir desse levantamento foi escolhido um tema para o projeto de intervenção que fosse importante para a saúde da comunidade, mas também passível de ser enfrentado envolvendo toda a ESF. Muitos dos problemas encontrados durante a análise situacional não eram compatíveis com essa capacidade de enfrentamento da equipe por estarem sob a competência da gestão local.

2 JUSTIFICATIVA

O nosso trabalho na Unidade Básica de Saúde consiste no atendimento ambulatorial diário e visitas domiciliares a pacientes diabéticos, hipertensos e portadores de outras comorbidades, os quais são monitorados a fim de diminuir as complicações inerentes às doenças e consequências como o número de internações hospitalares. Provavelmente os dados coletados pela equipe não refletem a realidade, uma vez que não tem sido feito a busca ativa de novos casos em familiares dos usuários diabéticos, tão importante quando se trata de doenças com fator genético envolvido.

O termo “Diabetes Mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). O DM é um dos fatores de risco para doença cardiovascular na população brasileira, gerando grande impacto na morbimortalidade por essa patologia e trazendo um desafio para o sistema público de saúde: a garantia de acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2014). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009 *apud* BRASIL, 2013).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil são cerca de seis milhões de portadores, sendo que cerca de 50% desconhecem o diagnóstico, e deve alcançar 10 milhões de pessoas em 2010. Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência

social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social (BRASIL, 2014)

Considerando a cronicidade e a elevada carga de morbimortalidade gerada por essa patologia, a prevenção desta patologia e de suas complicações é, hoje, prioridade em Saúde Pública. Dessa maneira, cabe aos profissionais de saúde estar atentos na identificação das pessoas com risco para o Diabetes Mellitus e intensificar as ações para promover o seu controle, entre os já diagnosticados, assim como desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de doenças crônicas.

Segundo dados do DATASUS, no período do ano de 2003 ao ano de 2012 ocorreram 725 óbitos no município de São Tiago, sendo 237 óbitos (32,68%) por doenças do aparelho circulatório, a principal causa de morte no município. Esses dados apontam para importância de fatores de riscos para doença cardiovascular sendo um deles o Diabetes Mellitus tipo II.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e os profissionais da área de saúde devem ser capacitados e estimulados para detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgão alvos e outras complicações crônicas e efetuar tratamento adequado para o Diabetes Mellitus.

Diante dos danos causados pelo DM aos usuários bem como frente aos gastos extras dependidos pelo Município no tratamento e acompanhamento desses casos, chega-se à importância e necessidade de elaborar um protocolo mais qualificado de assistência ao paciente e, economicamente viável para o município de São Tiago, MG.

Propõe-se então, a partir da Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, Diabetes Mellitus e doença renal crônica, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2013), a elaboração de protocolo para implantação de programas de promoção e prevenção à saúde com equipe multidisciplinar com ênfase nas pessoas com diabetes e sua família.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um Projeto de Intervenção que se defina como protocolo de acompanhamento dos diabéticos já identificados pela Equipe de Saúde da Família Grupo Integração, do município de São Tiago - Minas Gerais, proporcionando maior aderência ao tratamento e, conseqüentemente, redução da incidência de complicações entre os portadores da doença

3.2 Objetivos específicos

- Fazer um levantamento de todos os diabéticos já cadastrados no DATASUS e identificar aqueles que estão controlados e os que não estão controlados.
- Aumentar a compreensão dos pacientes diabéticos com relação à fisiopatologia de sua doença, sintomatologia, complicações agudas e crônicas;
- Agir preventivamente com relação a estas complicações.
- Criar um protocolo local e elaborar um modelo assistencial para o paciente portador de diabetes que preconize uma abordagem multidisciplinar e humanizada para o paciente e seus familiares, de modo que o mesmo consiga conviver com a patologia sem sofrer danos ocasionados por ela.
- Estabelecer um plano terapêutico individualizado, de acordo com o estágio da doença de cada um.
- Criar medidas de participação social no controle da doença, através de grupos de controle, para maximizar o tratamento e permitir maior adesão ao tratamento ao desmitificar alguns pré-conceitos culturais.

4 METODOLOGIA

Após a definição do tema através do diagnóstico situacional, foi feita a revisão da literatura na busca de publicações que abordassem o tema proposto. Foram utilizados os descritores: Diabetes Mellitus, Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. Foram consultadas a base de dados virtuais Scientific Electronic Library Online (SciELO), publicações do Ministério da Saúde e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) com levantamento de artigos nos idiomas português e inglês.

Foram utilizados os conhecimentos adquiridos durante o curso de especialização Programa Ágora – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), principalmente através da realização do módulo Planejamento e Avaliação em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), quando foi estudado o planejamento em saúde e feito o diagnóstico situacional em saúde da área de abrangência da ESF Grupo Integração, criando a base necessária para elaboração deste plano de ação.

O primeiro passo operacional do projeto foi a realização do levantamento de dados para conhecimento do perfil epidemiológico e a situação dos diabéticos na área de abrangência da ESF Grupo Integração através de bancos de dados de informações (DATA-SUS; SIAB, DAB – Departamento de Atenção Básica) e de dados cadastrais da equipe em prontuários.

Para se obter o número atualizado de diabéticos, será feito o levantamento durante as visitas domiciliares dos usuários pertencentes a região adscrita a ESF, através de questionamento do diagnóstico prévio ao próprio paciente ou verificação da prescrição de hipoglicemiantes orais ou insulina em sua última receita médica.

Após a identificação de todos aqueles usuários com diagnóstico firmado de DM, o segundo passo do plano de ação será a identificação do atual estágio de acompanhamento de cada um, com estratificação de risco através do modelo fornecido pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SESMG, 2013) (Figura 1). Serão analisados os critérios de Diagnóstico de pré-diabetes (resposta sim ou não); Diagnóstico de Diabetes (resposta sim ou não); valor da Hemoglobina Glicada (%); Internações por complicações agudas nos últimos 12 meses (resposta sim ou não); Complicações crônicas micro ou macroangiopatias (resposta sim ou não); e Capacidade de autocuidado (resposta suficiente ou insuficiente).

Figura 1 – Estratificação de risco para Diabetes Mellitus

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DIABETES MELLITUS	
UAPS:	
EQUIPE:	
PRONTUÁRIO:	
DATA:	
NOME:	
<div>CRITÉRIOS</div> <div>INVÁLIDO</div>	
Diagnóstico de PRÉ-DIABETES Glicemia de jejum alterada (entre 100 e 125mg/dL) ou Teste oral de tolerância à glicose alterado (entre 100 e 199 mg/dL)	1 - Sim 2 - Não
Diagnóstico de DIABETES	1 - Sim 2 - Não
Hemoglobina glicada (HbA1c)	% (inserir valor)
Internações por complicações agudas (últimos 12 meses)	1 - Sim 2 - Não
Complicações crônicas (micro ou macroangiopatias)	1 - Sim 2 - Não
Capacidade de autocuidado	1 - Suficiente 2 - Insuficiente
<div>ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE DIABÉTICOS para o organização da Rede de Atenção à Saúde</div> <div>INVÁLIDO</div>	

Fonte: Linha Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica, SESMG (2013).

Em um primeiro momento serão estratificados aqueles pacientes que realizaram pelo menos uma consulta médica nos meses de Agosto, Setembro e Outubro de 2014 e que apresentem no prontuário anotações de resultado de Hemoglobina Glicada com menos de 3 meses da data da realização do mesmo. Concomitantemente, se dará início a revisão laboratorial para todos os pacientes já diagnosticados, com dosagem sérica do lipidograma, glicemia de jejum (GJ), glicemia pós prandial (GPP), hemoglobina glicada (HbA1c), ácido úrico (AU), creatinina (Cr), além de urina tipo 01 (EAS). Dessa forma pretende-se estratificar todos os usuários diabéticos que procurarem a UBS por qualquer motivo, sendo encaminhada a consulta médica eletiva a partir do momento em que forem identificados na recepção. Uma vez identificado paciente insulino dependente ou com indicações de se iniciar a medicação, será analisada a necessidade de aferições da glicemia capilar (GC) para ajuste da dose. Além disso, a monitorização da pressão arterial (PA) e dos índices antropométricos - circunferência abdominal (CA) e peso – deverão ser realizados para todos os paciente.

A estratificação de risco de indivíduos com Diabetes Mellitus obedecerá a seguinte classificação: baixo, moderado, alto ou muito alto (tabela 9).

Cada paciente terá seu resultado impresso e anexado ao prontuário médico. Semanalmente os resultados também serão encaminhados em arquivo único em forma de lista para a secretaria de saúde para alimentação dos bancos de dados.

Ainda será discutida, em âmbito municipal, a criação de uma folha de rosto para cada prontuário contendo as informações mais relevantes do paciente, como: lista de comorbidades, eventos agudos, internações hospitalares, medicamentos em uso e últimos resultados de exames complementares. Dessa forma, pretende-se facilitar a identificação do atual estágio de acompanhamento do paciente, poupando tempo e mantendo organizada a ficha de atendimento, contribuição ainda mais importante para contrabalancear a rotatividade de médicos na UBS, que impede a criação do vínculo com a comunidade e gera, muita das vezes, gastos e encaminhamentos desnecessários.

Tabela 9 – Estratificação de risco de indivíduos com relação ao Diabetes Mellitus para a organização da rede de atenção

Risco	Critérios (controle glicêmico – HbA1c -, complicações e capacidade para o auto cuidado)
Baixo	<ul style="list-style-type: none"> . Glicemia de jejum alterada ou intolerância à sobrecarga de glicose (pré-diabetes) ou . Diabético com HbA1c < 7%, capacidade de autocuidado suficiente e - Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e - Ausência de complicações crônicas**
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> . Diabético com HbA1c < 7% e capacidade de autocuidado insuficiente ou . Diabético com HbA1c entre 7% e 9% - Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e - Ausência de complicações crônicas**
Alto	<ul style="list-style-type: none"> . Diabético com HbA1c > 9% e capacidade de autocuidado suficiente e/ou . Presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, com capacidade de autocuidado suficiente e/ou - Presença de complicações crônicas** com capacidade de autocuidado suficiente
Muito Alto	<ul style="list-style-type: none"> . Diabético com HbA1c > 9% e capacidade de autocuidado apoiado insuficiente e/ou . Presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, com capacidade de autocuidado insuficiente e/ou . Presença de complicações crônicas** com capacidade de autocuidado insuficiente

Onde: HbA1c = hemoglobina glicosilada; ** Entende-se por complicações crônicas micros ou macroangiopatias. **Fonte:** Adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, 2013 e do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2012.

Após análise dos dados, dar-se-á início a elaboração de estratégias de intervenção que promovam um melhor atendimento aos usuários do ESF por toda a equipe assistencial. Primeiramente, um grupo operativo poderá ser formado na UBS Grupo Integração para permitir a troca de informações e experiências entre os usuários e entre usuários e integrantes da área da saúde. Dessa forma, através de uma abordagem multidisciplinar dos profissionais já existentes (enfermeiro, médico, dentista, nutricionista) juntamente com apoio do NASF 2 a ser implantado no município, espera-se estimular a independência dos usuários e o autocuidado, tornando-os agentes ativos dentro do plano terapêutico. Assim pode-se dar início ao processo de educação continuada em saúde, favorecendo o processo de promoção da saúde e a troca do saber científico e o popular.

Concomitantemente, estratégias de prevenção primária como campanhas educativas deverão ser desenvolvidas dentro e fora do espaço da UBS. Foi

percebido que, comparativamente com outras doenças crônicas como hipertensão arterial, há uma forte concepção cultural local que a DM não é uma doença grave e com alta morbidade e mortalidade. A sala de espera pode ser aproveitada como um grande painel para expor informações e curiosidades sobre DM, atingindo todos os usuários que ali transitam, principalmente aqueles que pouco sabem sobre a doença, contribuindo para aumentar o conhecimento cultural acerca desta. O mesmo poderá ser feito em ambientes externos como participação dos profissionais da saúde em programas da rádio local e em palestras realizadas em escolas. Como a indústria do biscoito tem destaque na economia local, pode ser interessante uma parceria com a prefeitura para a montagem de uma tenda informativa em eventos socioculturais desenvolvidos no município.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Sabendo-se que uma epidemia de doenças crônicas está em curso na população mundial, é essencial a atuação da unidade básica de saúde para prevenção dessas doenças (prevenção primária) e, se já instaladas, prevenir as complicações (prevenção secundária). Tratando-se especificamente do Diabetes Mellitus, tínhamos em 1985, aproximadamente 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões em 2030 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

O Diabetes Mellitus faz parte de um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção de insulina e/ou em sua ação. A hiperglicemia se manifesta por sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva ou por complicações agudas que podem levar a risco de vida, como a cetoacidose diabética, por exemplo. A hiperglicemia crônica está associada a dano, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (GROSS et al., 2002).

Os valores de glicemia utilizados para o diagnóstico de diabetes não se baseiam em sintomatologia, mas sim na probabilidade de evolução para retinopatia ou nefropatia, duas das doenças crônicas microvasculares resultantes deste processo hiperglicêmico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2004). Pacientes com glicemia > 200 mg/dL, após 2 horas de sobrecarga com 75 gramas de glicose, apresentam riscos elevados. Em relação à glicemia de jejum, valores acima de 126 mg/dL se correlacionam relativamente bem com os valores de 2 horas após sobrecarga acima de 200 mg/dL, de modo que glicemias de jejum > 126 mg/dL em duas ocasiões distintas confirmam o diagnóstico. Atualmente, a Hemoglobina Glicada (HbA1c) também vem sendo utilizada para diagnóstico da doença. A OMS, recomenda que HbA1c de 6,5% seja compatível com o diagnóstico de DM, no entanto novos estudos são necessários (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Para a OMS

"[...] as redes de serviços integrais e integrados são uma das principais expressões operativas do enfoque da Atenção Primária à Saúde no que se refere à prestação de serviços da saúde,

contribuindo a efetivarem-se seus atributos, entre eles a cobertura e o acesso universal; o primeiro contato; a atenção integral, integrada e contínua; o cuidado apropriado; a organização e a gerência ótimas; a ação intersetorial” (OPAS/OMS, 2007).

Daí a importância da elaboração de uma estratégia de atuação em regiões onde o controle de doenças crônicas, como o DM, não esteja sendo realizado de maneira eficaz, de forma a diagnosticar casos mais precocemente e impedir a evolução para doenças crônicas, que são mais complexas de serem controladas.

A importância da atuação da equipe multidisciplinar na prevenção e no tratamento do DM tipo II se depara com o estímulo a uma dieta saudável e à prática de atividades físicas, sendo essas intervenções mais efetivas que o uso de hipoglicemiante oral, como a Metformina, considerada prevenção secundária (BARCELLO et al., 2003).

Em relação à prevenção secundária, sabemos que várias medidas devem ser monitoradas ao longo do acompanhamento do paciente com doença crônica, sendo parte fundamental do papel da equipe de saúde básica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; BARCELLO et al., 2003). O tratamento da hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia reduzem substancialmente o risco de complicações da DM. A prevenção de ulcerações nos pés e de amputações de membros inferiores deve ser feita por meio de cuidados específicos. O rastreamento da retinopatia permite diagnóstico e tratamento precoce, com grande vantagem do ponto de vista social e de custo-efetividade, dada a importante repercussão nos custos gerados pela cegueira. Também deve ser realizado o rastreamento de microalbuminúria, procedimento recomendável para prevenir ou retardar a progressão da insuficiência renal, permitindo intervir mais precocemente no curso natural da doença renal. Não menos importante medidas para reduzir o consumo de cigarro deve ser incentivada, visto que o tabagismo se associa ao mau controle do diabetes e está diretamente relacionado à hipertensão e à doença cardiovascular em pessoas com ou sem DM.

Sabendo-se da possibilidade de intervenção e melhora da qualidade de vida dos pacientes, o estudo da população da área de abrangência da UBS Grupo Integração torna indispensável para a correta abordagem de pacientes diabéticos.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O PSF Grupo Integração possui uma extensa área de abrangência, envolvendo distritos e áreas rurais, sendo a população adstrita composta por 2.925 usuários cadastrados, dentre estes muitos adultos e idosos, os quais, em grande parte, fazem uso de medicação para controle de doenças crônicas. Durante as consultas médicas, a principal queixa era a “simples” renovação de receitas sem o devido acompanhamento longitudinal desses pacientes, seja por falta de recursos da gestão local ou por desinteresse ou desinformação quanto à importância do controle das doenças crônicas e suas consequências. A análise dos prontuários também mostra que um número relativamente grande de pacientes em uso de medicação não compareceu em consulta médica há um longo período, rotina que foi mudada a partir da não disponibilização automática dos medicamentos para aqueles com cadastro na farmácia popular municipal. No entanto, o problema pode ser ainda maior, visto que os medicamentos para controle glicêmico podem ser adquiridos sem receita médica nas farmácias convencionais.

Dessa forma, pretende-se intervir por meio de um projeto que cause, em longo prazo, impacto direto e indireto na qualidade de vida bem como na morbimortalidade dos usuários.

Identificação dos problemas

Sabe-se que a estimativa rápida é um método utilizado para elaboração de um diagnóstico de saúde de determinado território. Para a aplicação deste, utiliza-se de fontes de dados e coletas, que incluem, entre outros, registros escritos existentes ou fontes secundárias, entrevistas com informantes-chave, observação ativa da área, etc. Através da utilização deste método, elencamos uma série de problemas constatados no atendimento à saúde da população do município de São Tiago, MG:

- Agendamento de consultas com predomínio da modalidade Demanda Espontânea, através da realização de triagens diariamente e aplicação do protocolo de Manchester, mas sem se preocupar com o acompanhamento longitudinal das doenças crônicas.

- Inexistência dos grupos de doenças crônicas;

- Prontuários incompletos e não remanejamento dos mesmos quando um usuário troca de endereço e conseqüentemente de área de atuação daquela UBS;

- Falta de acompanhamento de doentes crônicos, particularmente entre os diabéticos;
- Uso indiscriminado de antidepressivos, ansiolíticos e inibidores da bomba de H⁺;
- Acompanhamento Pré-natal desorganizado, sem cadeia de fluxos pré-definida e não compatível com alguns protocolos do Ministério da Saúde.

Descrição do Problema

Após a análise dos critérios importância, urgência e capacidade de enfrentamento, foi realizada a priorização do tema a ser abordado, sendo definida a falta de acompanhamento de doentes crônicos, principalmente os diabéticos, e aquele de maior relevância. A ausência de grupos em atividade na UBS Integração acaba não evidenciando o número total de portadores dessas comorbidades no nosso dia a dia, já que as consultas são feitas de acordo com a demanda espontânea, ou seja, depende da iniciativa do próprio paciente. O cadastro e acompanhamento desses usuários não estão sendo realizados de forma adequada, em parte por falta de um fluxograma bem definido pela equipe local, e também da ausência de um programa da esfera estadual, como HIPERDIA, refletindo em uma possível subnotificação do número total nos bancos de dados. No caso específico da Diabetes Mellitus, a concepção cultural de ser uma doença menos agressiva que a hipertensão, por exemplo, aliada ao fato de também ser silenciosa, causa uma falsa percepção de controle por parte do paciente e da não necessidade de tratamento. Dessa forma, torna-se primordial sua identificação precoce, seu correto manejo, assim como o acompanhamento dos pacientes em longo prazo. Metas que devem ser atingida a partir de um melhor conhecimento da população, da definição de um fluxo de acompanhamento, do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, da prevenção de complicações, além da busca ativa de novos casos.

Tabela 10 – Números de diabéticos por microárea

Microarea (ACS)	número de pessoas	Diabéticos
1. Ana Aparecida	674	22
2. Tina	622	27
3. Valdilene	633	25
4. Rita	383	27
5. Sidneia	613	44
Total	2.925	145

Fonte: Dados obtidos do levantamento local feito durante as visitas domiciliares no mês de Outubro/2014 pelos agentes comunitários de saúde (ACS).

Explicação do problema

Causas da não adesão

1-Não entendimento da orientação/prescrição:

Orientação deficiente;

Receita com letra ilegível;

Dificuldades de entendimento por parte do paciente e/ou do cuidador (baixa escolaridade/analfabetismo);

2-Dificuldade de seguimento da orientação:

Falta de condições materiais para o seguimento das orientações/prescrições (recursos para compra de medicamentos não disponibilizados do centro de saúde);

Orientação fora do contexto do paciente (dietas com alimentos fora do padrão alimentar da comunidade);

Forte credence popular acerca do tratamento a ser seguido;

Ausência de familiares ou cuidadores.

3-Acompanhamento e monitoramento dos usuários:

Ausência do Grupo de Diabéticos;

Falta de medicamentos da farmácia popular;

Não realização de exames periódicos;

Dificuldade de encaminhamento a especialistas e inexistência de contra-referência.

Consequências da não adesão

Dificuldade de controle dos níveis glicêmicos → risco cardiovascular aumentado → aumento das complicações da diabetes, sobretudo vasculares → aumento de internações, invalidez e óbitos e aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

Identificação dos nós críticos

Processo de trabalho da equipe: orientações inadequadas, prescrições ilegíveis, falta de discussão sobre os casos;

Dificuldade de entendimento das orientações/prescrições por parte dos pacientes e/ou cuidadores;

Ausência de cuidadores;

Falta ou insuficiência numérica de medicamentos;

Falta ou insuficiência de acompanhamento longitudinal do paciente com realização de exames laboratoriais periódicos e prevenção de complicações;

Dificuldade de encaminhamento a especialistas e inexistência de contra-referência;

Não realização da busca ativa de outros casos dentro do contexto familiar dos casos já identificados.

Cronograma

Tabela 11 – Cronograma das atividades desenvolvidas

ATIVIDADES	2014					2015		
	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.
Revisão bibliográfica			X	X				
Elaboração do projeto	X	X	X	X				
Visitas domiciliares				X	X	X	X	X
Análise de prontuários				X	X	X		
Estratificação risco DM				X	X	X	X	X
Consultas médicas individuais	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupo hiperdia/consultas nutricionais					X	X	X	X
Palestras/atividades de grupo			X	X	X	X	X	X
Análise dos dados							X	X
Escritura do trabalho final						X		

Recursos necessários**Recursos materiais:**

- 1 Computador, 1 impressora e seus insumos para preenchimento e impressão da estratificação de risco para cada usuário diabético.

Recursos humanos:

- 5 agentes comunitários de saúde para realizar visitas domiciliares e fazer o levantamento epidemiológico local.
- 1 enfermeiro, 1 médico e 1 técnico de enfermagem para conduzirem as palestras e atividades de grupo.
- 1 médico para realizar as consultas médicas dos diabéticos no grupo Hiperdia,
- 1 nutricionista para realizar consultas nutricionais dos pacientes no grupo Hiperdia.

Recursos financeiros:

- Financiamento dos exames complementares por parte da Secretaria Municipal de Saúde. Atualmente o município possui cota incompatível com o número total de diabéticos para aferição da Hemoglobina glicada, indispensável para a estratificação de risco, o que pode interferir no prazo final para análise dos dados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da realização deste projeto de intervenção, espera-se dar início a reorganização do atendimento ao paciente portador de doenças crônicas, em especial a DM, dentro da área de abrangência da UBS Grupo Integração. O foco vai além do tratamento isolado de cada paciente, buscando também a reformulação do trabalho em equipe. Ao se fazer o diagnóstico em saúde local da área de abrangência da UBS, procurou-se conhecer melhor a comunidade para estreitar o vínculo da ESF com o usuário, tornando este agente principal no cuidado com a saúde. A atuação de forma ativa por parte dos pacientes só é possível quando estimulados e orientados a buscar o auto-cuidado. Essa interação usuário-ESF não deve ocorrer de forma unilateral, e para combater essa antiga concepção de cuidado – foco na consulta médica, de baixa qualidade, onde o paciente tem postura passiva, ou apenas recebedor de ordens - espera-se que a criação dos grupos operativos permita a troca de informações e experiências entre os usuários e entre usuários e integrantes da área da saúde.

Estratégias individuais deverão ser traçadas a partir do momento que uma necessidade for identificada. Para isso, torna-se primordial a boa relação e o trabalho em equipe, com reuniões periódicas onde possam ser discutidos os casos especiais. Buscando-se uma base sólida, a rotatividade do profissional médico ocasionada pelos programas federais, queixa frequente durante todas as atividades desenvolvidas na UBS, poderá ser amortizada.

A estratificação do paciente permite desenvolver ações de prevenção secundária de forma mais efetiva, gerando menor custo para os cofres do município com encaminhamentos e internações hospitalares. Estratégias de prevenção primária como campanhas educativas e atividades objetivando mudança de hábitos de vida irão contribuir também para mudar a forte concepção cultural local que a DM não é uma doença grave e com alta morbidade e mortalidade, já que para muitos causa poucos sintomas, não sendo necessário tratamento rígido, apenas dieta com restrição de doces. Também se espera mudar a concepção de trabalho dentro da ESF, principalmente entre os ACS, tornando a visita domiciliar menos mecânica e somente com fins estatísticos para alimentação dos bancos de dados, transformando-os realmente em agentes promovedores da saúde.

A partir das melhorias realizadas na UBS Integração, espera-se difundir tais medidas as demais UBS do município de São Tiago/MG, buscando unificação do atendimento e melhor gestão dos recursos públicos e convênios firmados.

REFERÊNCIAS

ATLASBRASIL. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sao-tiago_mg>. Acesso em: 26 dez. 2014.

BARCELO, Alberto et al. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, n. 1, p. 19-28, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFGM - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2010. 110p.

GROSS, Jorge L. et al. Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** v. 46, n. 1, p. 16-26, Fev. 2002

IBGE. Disponível em:
<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=316500>>. Acesso em: 18 maio 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado Saúde de Minas Gerais. **Atenção à saúde do adulto - Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. 3. ed. atual. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <www.saude.mg.gov.br>. Acesso em: 26 dez. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, DATASUS. 2013. Disponível em:
<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 18 maio 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS/OMS. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização. Washington, D.C: OPAS, 2007. 35 p.

SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce Bartholow. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 421-423, out-dez 2011.

Secretaria de Saúde de São Tiago/MG. Disponível em:
<<http://www.saudesaoitiago.com.br/>>. Acesso em: 18 maio 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**: 2013-2014. [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. 382 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Projeto Diretrizes, Diabetes Mellitus: Classificação e Diagnóstico**. 2004. 8 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of Diabetes Mellitus and its complications**. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report**. França, 2002. 248 p.